

FACULTE MIXTE
DE
MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N^o 34

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
COLITE AMIBIENNE CHRONIQUE
EUROPÉENNE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

le 1941

PAR

HANS KOHN

Né le 29 Novembre 1911, à Gablonz

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. le Doyen L. CORNIL, *Président*

Examineurs
de la Thèse

JOYEUX,
MONGES,
SAUTET,

Assesseurs

MARSEILLE
Imprimerie ANT. GED
48, Rue Paradis

1941



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549014_0025

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
COLITE AMIBIENNE CHRONIQUE
EUROPÉENNE

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
COLITE AMIBIENNE CHRONIQUE
EUROPÉENNE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

le 1941

PAR

HANS KOHN

Né le 29 Novembre 1911, à Gablonz

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. le Doyen L. CORNIL, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		JOYEUX,		
		MONGES,		
		SAUTET,		

MARSEILLE
Imprimerie ANT. GED
48, Rue Paradis

1941

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : LUCIEN CORNIL

Assesseur : F. MERCIER.

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathol. et Pathol. expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MONGES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique oto-rhino-laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	N.
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	N.
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	N.
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE
-------------------------------	-------

Agréés en exercice

MM. SAUTET	MM. BERTHIER	MM. ARNOUX	MM. AUDIER
DUBOULOZ	POINSO	CHOSSON	DOR
JAYLE	BALANSARD	DELPHAUT	RECORDIER
J. PIERI	BRAHIC	IMBERT	SALMON
MOIROUD	FIGARELLA	PAILLAS	

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	DERRIEN
-----------------------	---------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Médecine du travail	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	BOYER
Neuro-chirurgie	ARNAUD
Pharmacie chimique	DELPHAUT
Pharmacodynamie et chimiothérapie	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLOT

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES CHERS PARENTS

Faible témoignage de mon immense
affection.

A MA GRAND'MERE

A MES TANTES JULIE ET CILLY KOHN

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MADAME ET MONSIEUR
MAURICE OFFENSTADT-VILLEFRANCHE

En témoignage de mon infinie reconnaissance et de ma profonde affection. Grâce à leur grande bonté, j'ai pu mener à bien mes études de médecine et soutenir aujourd'hui cette thèse.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Doyen L. CORNIL

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de ma profonde reconnaissance.

A MES JUGES :

Monsieur le Professeur JOYEUX

Monsieur le Professeur MONGES

Monsieur le Professeur SAUTET

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES ROSANOFF

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses précieux
conseils au cours de son élaboration.
Qu'il trouve ici le témoignage de ma
profonde gratitude.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS :

Monsieur le Professeur CLERC

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Docteur L. RAMOND

Monsieur le Professeur FIESSINGER

Monsieur le Professeur CHEVASSU

Monsieur le Professeur NOBECOURT

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Monsieur le Professeur LEMAITRE

Monsieur le Professeur TERRIEN

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Monsieur le Professeur SEZARY

Monsieur le Professeur GUILLAIN

Monsieur le Professeur CLAUDE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS

En hommage respectueux,

INTRODUCTION

Notre science nous permet de conjurer certains fléaux, mais elle nous pousse à la conquête des terres lointaines d'où nous rapportons de terribles affections nouvelles.

Georges DUHAMEL,
(*Querelles de famille*)

Ayant passé un an en Algérie, dans la Légion Etrangère, nous avons eu l'occasion d'observer de nombreux cas de dysenterie amibienne et d'en étudier l'allure aiguë, la symptomatologie franche et presque uniforme. Pendant nos stages dans les hôpitaux de Paris, nous avons déjà vu quelques cas d'amibiase, mais combien différaient-ils, par leur symptomatologie, de ce que nous avons pu voir en Afrique du Nord. Aussi, après notre démobilisation, nous sommes-nous attaché à approfondir nos connaissances de cette maladie qui, selon les climats, prend des aspects si différents. Nous avons pu constater la vérité de cette phrase du Professeur CHIRAY : « L'amibiase se contracte et évolue facilement dans nos régions, mais dans ces conditions, ses signes habituels se déforment et se cachent sous des apparences de bénignité assez déconcertante ».

Nous n'avons pas la prétention de vouloir décrire une maladie nouvelle. La colite amibienne chronique est une maladie connue et ancienne ; mais il nous a semblé utile de réunir les documents épars qui traitent de la question ; de faire une revue générale du syndrome et d'illustrer le grand intérêt diagnostique et thérapeutique du sujet par des observations inédites de formes frustes et anormales. Ainsi aurons-nous apporté, du moins l'espérons-nous, une modeste contribution à l'étude de cette affection.

Voici le plan que nous avons suivi : Après avoir très brièvement, pour mémoire, décrit en quelques lignes les caractères essentiels du *syndrome dysentérique aigu* classique — qui est hors de notre sujet — nous décrirons la

colite chronique secondaire à une dysenterie aiguë. Mais nous nous attacherons essentiellement à l'étude de la *colite chronique primitive autochtone* dont les diverses formes cliniques, et en particulier les formes discrètes et atypiques sont le principal objet de notre travail. Après avoir repris l'étude des principales formes déjà décrites — forme colitique, forme gastrique, forme appendiculaire, etc. — nous insisterons surtout sur les formes inclassables, souvent mono-symptomatiques : formes à symptomatologie digestive fruste ; fissures annales ou hémorroïdes, seuls signes d'amibiase, etc...

Pour être aussi complet que possible et pour donner à ce travail un aspect de revue générale susceptible d'aider à classer la question, nous étudierons en outre les *complications non-amibiennes* et les *séquelles* possibles de la dysenterie amibienne, qui rentre ainsi dans le cadre des maladies chroniques spécifiques.

Un chapitre important sera réservé au *diagnostic*, car le polymorphisme clinique de la colite amibienne chronique cause de grandes difficultés diagnostiques — difficultés qui sont augmentées encore par la rareté des examens coprologiques positifs.

Nous exposerons ensuite les différents modes de *traitement*, car à chaque aspect clinique ou coprologique, à chaque stade de la maladie convient une autre thérapeutique.

L'intérêt *prophylactique*, enfin sera souligné dans un dernier chapitre. Cette année de guerre, avec les déplacements considérables de troupes d'un continent à l'autre, nous a montré l'importance du danger amibien qui menace la France et l'Europe. L'amibiase tend à devenir en effet, d'une affection purement coloniale, une maladie métropolitaine et mondiale. Comme nous tâcherons de le montrer dans notre thèse, il y a nécessité urgente de dépister tous les malades méconnus, tous les porteurs de germes sains et de prendre les mesures de prophylaxie appropriées.

ETIOLOGIE

L'AGENT PATHOGENE.

C'est LÆSCH (de Saint-Pétersbourg) qui, le premier, en 1875, isola des amibes parasites dans le tube digestif de l'homme. L'injection de ces protozoaires dans l'intestin des chiens provoqua de la diarrhée avec formations d'ulcérations. A la suite de ces travaux et de ceux de KOCH, de KARTULIS, de KRUSE et PASQUALI, de COUNCILMAN et LAFLEUR, de LAVERAN et de SCHAUDINN, on a reconnu que l'*Entamoeba dysenteriae* était l'agent pathogène d'une maladie coloniale bien définie, nettement distincte de la dysentérie bacillaire d'une part et des entéro-colites banales d'autre part.

L'*Entamoeba dysenteriae*, protozoaire rhizopode, se présente selon la phase aiguë ou torpide de la colite sous trois formes différentes :

Entamoeba histolytica (de 40 à 100 u) ;

Entamoeba tétragera (de 20 à 30 u) ;

Entamoeba minuta (de 10 à 14 u).

Son noyau, dont la chromatine est disposée en rayon de roue, contient un karyosome punctiforme central. Quand il s'agit de la forme *histolytica*, l'endoplasme granuleux vacuolaire contient des hématies, signe pathognomonique de l'amibe pathogène. L'ectoplasme transparent, hyalin et nettement différencié de l'endoplasme, émet continuellement des pseudopodes en coulée de verre, en doigt de gant.

Si dans les dysenteries aiguës, on trouve surtout cette forme végétative mobile, la forme kystique prédomine au contraire dans les colites chroniques. Les kystes, globules très réfringents, mesurant de 6 à 15 u, contiennent un à quatre noyaux et des inclusions chromatophiles (chromidiums).

C'est l'ingestion de ces kystes qui détermine la colite amibienne.

LA PROPAGATION DE L'AMIBIASE.

Elle se fait par l'intermédiaire de porteurs de germes qui, pendant longtemps, peuvent répandre autour d'eux un grand nombre de kystes, agents de la contamination. Les porteurs de kystes humains sont seuls responsables de la dissémination de l'amibiase, car il n'existe pas d'animal réservoir de virus. Ils se recrutent surtout parmi les anciens coloniaux, souvent militaires. CARLES et BONNIN rapportent un cas typique : « Ils ont vu apparaître dans une compagnie une quantité inexplicable d'abcès du foie. L'enquête faite leur permit de trouver comme point de départ un sergent-fourrier, ancien soldat colonial, très ancien amibien, resté porteur de kystes. Avec une apparence de santé parfaite, il distribuait autour de lui, avec ses mains sales, des kystes dangereux, en même temps que les « boules » et autres aliments manutentionnés qu'il était chargé de répartir à ses hommes ».

D'autres fois ce sont des troupes coloniales stationnées en France, qui sont le point de départ de petites épidémies métropolitaines. Dans quelques cas, il s'agit de personnes qui, elles-mêmes n'ont jamais séjourné dans les pays chauds, mais qui ont vécu au contact avec des régiments d'Afrique, comme beaucoup d'anciens combattants.

Dans le cas de RIST cité plus bas, le jeune soldat a accompli son service militaire en France dans un régiment colonial, composé en grande partie d'indigènes marocains, dont plusieurs étaient employés à la cuisine et au réfectoire. Il a contracté la dysenterie amibienne au contact de ces Africains.

L'amibiase autochtone a déjà fait de tels progrès que, dans les antécédents d'un malade, on peut ne trouver aucun contact avec des coloniaux ou anciens dysentériques. Quelquefois, on arrive alors à dépister dans l'entourage du malade des sujets atteints de manifestations entéro-colitiques d'apparence banale, chez lesquels un examen coprologique a fait pourtant découvrir des amibes dysentériques. MARTIN a rencontré dans sa clientèle des ouvriers pâtisseries ou des cuisiniers présentant, depuis de nombreuses années, une vague colite peu douloureuse, qualifiée d'entérite, pour laquelle on n'avait jamais pratiqué le moindre examen coprologique et qui étaient des porteurs d'amibes.

Souvent, la contagion est d'origine familiale. Nous allons rapporter plus loin un cas de RACHET concernant une crise appendiculaire subaiguë, d'origine amibienne, chez une femme dont le mari souffrait depuis des années d'une

diarrhée chronique rebelle. FERROIR a eu l'occasion d'observer une enfant qui présentait des troubles colitiques, avec présence d'amibes dans les selles. Une enquête familiale permit de savoir que la mère présentait depuis des années une diarrhée chronique. Un examen des selles de la mère permit de retrouver des amibes et un traitement éméтинien a pu guérir la mère et l'enfant.

Si les porteurs de kystes souffrent ou ont souffert eux-mêmes d'une des diverses formes de l'amibiase, ils sont encore assez faciles à dépister. Il en est autrement s'il s'agit de porteurs de germes sains qui ne présentent, et n'ont jamais présenté aucune manifestation pathologique. Il y a donc, comme en cas de typhoïde, des sujets réfractaires, immuns naturellement contre les dangereux kystes qu'ils hébergent.

Ces porteurs de germes méconnus, qui sont responsables de l'extension de l'amibiase en France, sont très nombreux. D'après LABBÉ et NEPVEUX, ils se rencontreraient à Paris dans la proportion de 2,3 %. POUBLAN et BIDEGARAY, ainsi que LENOIR et DESCHIENS, les ont même trouvés dans 5,8 % des cas. Il faut pourtant noter l'absence remarquable chez les enfants, entre 2 et 6 ans, des parasites tel que l'amibe dysentérique (COUTELEN).

Il est donc absolument nécessaire de dépister toutes les amibiases camouflées et de chercher l'amibe dans tous les cas de « colite muqueuse », particulièrement tenaces et résistant au traitement habituel, dans toutes les formes cliniques qui, sous une apparence banale, cachent l'étiologie amibienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CONSIDERATIONS DE PATHOGENIE.

L'ingestion du kyste pathogène peut être due à l'absorption des produits alimentaires les plus divers. Dans les pays chauds, ce sont souvent l'eau potable contaminée ou des légumes crus; dans nos pays surtout, les aliments manipulés par des porteurs de kystes. Les kystes ingérés traversent l'estomac sans être altérés par le suc gastrique. Le suc pancréatique, par contre, semble non seulement capable de digérer la paroi dure et résistante du kyste, mais aussi de tuer l'amibe elle-même (COUTIÈRE). Ainsi certains sujets pourraient être absolument réfractaires à l'amibiase, du fait que leur suc pancréatique détruit les agents de contamination. Ainsi chez le chat, l'ingestion de kystes n'est que rarement suivie de dysenterie, tandis que l'inoculation rectale est toujours efficace. Si la sécrétion externe du pancréas est insuffisante, l'amibe à quatre noyaux sera libérée sans être détruite. Chaque noyau se divise encore une fois et il en résulte huit nouvelles amibes qui iront se fixer dans le colon. Mais les kystes peuvent traverser l'intestin grêle et rester longtemps dans le colon humain, sans se manifester cliniquement ou anatomiquement. Ceci explique le grand nombre de porteurs de germes qui ne présentent aucun trouble objectif, ni subjectif. Après être restées longtemps silencieuses, ces amibiases asymptomatiques peuvent pourtant être réveillées par des influences variables comme les changements de saison, de climat, par la surinfection colibacillaire, la diminution de résistance du sujet, l'irritation alimentaire de la muqueuse, par des vers, la stase caecale, etc...

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Quoi qu'il en soit, dans la plupart des cas, l'amibe qui a atteint le colon, en infestera les différentes tuniques et y manifestera son action irritative et destructive. Le pouvoir

nécrosant de l'amibe, et principalement de ses toxines, y créera des lésions variables correspondant à l'allure clinique de la maladie.

Dans la dysenterie aiguë, nous trouvons les lésions classiques de la muqueuse, de la sous-muqueuse et même des lésions musculaires et sous-péritonéales, des ulcérations, des abcès en bouton de chemise et des suppurations diffuses.

Dans la colite amibienne chronique, les lésions sont beaucoup moins caractéristiques. Comme le tableau clinique, l'aspect anatomique ne diffère guère de celui des rectocolites banales. Les ulcérations sont rares, les lésions disséminées sur tout le colon, mais prédominant sur le recto-sigmoïde. Elles sont fréquemment superficielles, plus ou moins confluentes. Dans les formes diffuses, on peut distinguer des formes hémorragiques, catarrhales, œdémateuses ou infiltrantes.

RECTOSCOPIE.

La rectoscopie, pas plus d'ailleurs que l'autopsie, ne montre aucune lésion pathognomique de la colite amibienne chronique. Les lésions ulcéreuses sont rares. Le plus souvent, on ne trouve qu'une congestion plus ou moins intense, des petites ulcérations superficielles ou de la rectite hémorragique diffuse.

BAUMEL, qui a pratiqué plus de 1.500 rectoscopies chez des amibiens chroniques, classe les lésions de la manière suivante :

Amibiase chronique ancienne, sans poussées intercalaires

(Aspect des formes chroniques, non évolutives, cliniquement latentes).

La rectoscopie est facile. La muqueuse recto-sigmoïdienne est pâle, décolorée. Sur ce fond, on voit des arborisations vasculaires, souvent importantes. La sous-muqueuse est normale et on ne sent aucune induration des parois recto-sigmoïdiennes, qui n'ont cependant pas leur souplesse normale. L'intestin baille devant l'endoscope qui progresse facilement. Les parois intestinales sont recouvertes de quelques glaires et ne sont nullement spasmées. Chez d'autres malades, on voit tout un lacis vasculaire fin, formé de beaucoup de petits vaisseaux rouges. Cette vascularisation prédomine au voisinage du sphincter anal.

Amibiase chronique avec poussées intercalaires

(Aspects rectoscopiques des formes dyspeptiques banales de la colite chronique).

En dehors des poussées : A cause d'un léger spasme sphinctérien, le restoscope entre moins facilement dans le rectum. La muqueuse est rouge foncé, granitée, dépolie, rappelant la « peau de maroquin ». Des granulations fines et régulières gênent la progression du tube rectoscopique qui chemine à frottement dur. La muqueuse est friable et saigne au moindre contact. On constate de nombreuses glaires. Des spasmes plus ou moins intenses au niveau de l'abouchement recto-sigmoïdien sont le signe objectif des besoins continuels qu'éprouve le malade. Des suffusions hémorragiques punctiformes peuvent être constatées si la rectoscopie suit de près une poussée évolutive.

Pendant les poussées : L'examen est difficile et pénible à cause du spasme sphinctérien. On note de la congestion intense. Les parois rouges peuvent être le siège d'ulcérations, petites et superficielles, qui saignent souvent et au moindre contact. La muqueuse qui est couverte de glaires légèrement colorées, brunâtres, est œdématiée, vernissée.

CONCLUSION.

Nous voyons donc que l'amibe dysentérique, agent causal spécifique, réalise des lésions anatomiques tout à fait banales, qui n'ont rien de pathognomonique. Dans la plupart des cas de colite amibienne, il sera impossible de faire le diagnostic par les seuls moyens rectoscopiques ou anatomo-pathologique.

ETUDE CLINIQUE

LA DYSENTERIE AMIBIENNE AIGUE.

La dysenterie amibienne classique est caractérisée par un *syndrome dysentérique aigu* typique, avec des douleurs vives localisées sur le cadre colique jusqu'à l'anus. Ces coliques s'accompagnent d'épreintets et de ténésmes — tension douloureuse avec contracture anale et envies fréquentes d'aller à la selle. Les malades ont continuellement la sensation d'avoir quelque chose à expulser. Les évacuations sont difficiles, et malgré le caractère impérieux des besoins, la quantité des matières émises est minime. Ces selles — il y en a 3 à 30 par jour — ne sont pas fécaloïdes, mais glaireuses, souvent sanglantes. On les a comparées à du blanc d'œuf, du frais de grenouille ou aux crachats visqueux, transparents, rougeâtres, de la première période de la pneumonie (L. COLIN). La température ne dépasse généralement pas 39°. L'atteinte de l'état général est assez marquée.

L'AMIBIASSE LARVEE OU COLITE CHRONIQUE SECONDAIRE.

Or, l'on s'est aperçu que cette forme classique n'est que la phase initiale aiguë ou une poussée évolutive d'une colite amibienne chronique, qui est le plus souvent méconnue. Les travaux de RAVAUT, de BRUMPT et CARLES, etc., ont fait connaître cette « amibiase larvée » et sa fréquence.

Après l'épisode initial aigu, d'une durée de 8 à 15 jours, l'amibiase continue à évoluer chroniquement, causant des troubles intestinaux banaux, que les malades qui se croient guéris de leur dysenterie, ne rattachent jamais à leur véritable cause. Le tableau clinique de cette colite chronique ne présente aucun caractère spécifique. Elle peut simuler les affections gastro-intestinales les plus diverses. Nous décrivons plus bas les aspects cliniques multiples que peut revêtir l'amibiase intestinale chronique.

L'évolution de la colite amibienne chronique est entrecoupée de poussées aiguës typiques, qui sont fréquentes aux colonies, plus rares et plus atténuées chez les anciens colons rentrés dans la métropole. De multiples causes peuvent déclencher les crises. Les malades accusent le plus souvent les changements de saison, le froid. Chez d'autres, ce sont les infections intercurrentes, les écarts de régime, les interventions chirurgicales, qui réveillent l'infection latente.

L'amibiase, loin d'être une maladie strictement aiguë, caractérisée par le syndrome dysentérique classique, rentre donc dans le cadre nosologique des infections chroniques spécifiques, tel que syphilis ou paludisme. Son évolution chronique se traduit par des aspects cliniques très variables, souvent très discrets. Les crises aiguës successives, au lieu d'être de nouvelles infections, ne sont que des réveils d'une maladie ancienne. « La notion de la chronicité et du polymorphisme clinique de l'amibiase est de la plus haute importance pratique, au double point de vue du diagnostic et du traitement » (TRAN VAN CHI).

Si pénibles qu'elles soient aux malades, les phases aiguës ont l'avantage de révéler au médecin la nature véritable des maux dont sont affligés ces « colitiques », ces « entéritiques », ces « dyspeptiques ». Dans certains cas, les poussées aiguës manquent presque complètement et le sujet se souvient à peine d'avoir eu la dysenterie. La notion d'un séjour aux pays chauds aidera à faire le diagnostic d'une colite d'apparence banale.

LA COLITE AMIBIENNE CHRONIQUE PRIMITIVE AUTOCHTONE.

Au cours de ces dernières années, BAUMEL, CARLES et BONNIN, DELACROIX et Georges ROSANOFF, FERROIR et d'autres auteurs ont insisté sur deux notions importantes, trop souvent négligées.

I. — La colite amibienne peut être d'emblée chronique, sans avoir été précédée d'aucun épisode aigu.

II. — L'amibiase n'est nullement l'apanage des climats tropicaux. Surtout depuis la guerre 1914-1918, on trouve de nombreux cas autochtones chez des sujets n'ayant jamais quitté le sol français. Ce sont justement ces cas autochtones qui, le plus souvent, après un début insidieux, évoluent

chroniquement. Nous nous trouvons alors en présence « d'amibiase sans syndrome dysentérique », de « dysenteries sans dysenterie » (BAUMEL), de « colite amibienne camouflée » dont le diagnostic est fréquemment très délicat.

LES FORMES CLINIQUES.

La symptomatologie de la colite chronique primitive est la même que celle des phases torpides de l'amibiase chronique secondaire. Aussi, décrivons-nous leurs formes cliniques dans un seul et même chapitre.

Le début est souvent insidieux. Il peut être caractérisé par les symptômes d'un embarras gastro-intestinal bénin, avec lassitude, inappétance, soif intense, diarrhée assez abondante, langue sale, abdomen sensible et apyrexie (TRAN VAN CHI).

La forme colitique.

La plupart des malades viennent consulter pour des symptômes de colite banale (colite muco-membraneuse, colite spasmodique, endocolite muqueuse). C'est, en effet, la forme habituelle de l'amibiase intestinale dans les pays tempérés. Elle peut se traduire par des types coprologiques différents :

1. *Diarrhée chronique* : Les malades ont une à deux selles par jour, matutinale et postprandiale. Ce nombre est augmenté par le moindre écart de régime. Les matières sont abondantes, fécaloïdes, mais pâteuses, molles ou mêmes liquides. Généralement de couleur verte foncée, elles ont l'aspect de la « bouse de vache », de « purée d'épinards ». Mélangées avec du mucus, elles semblent vernissées, brillantes. Abandonnées dans le vase, elles se répandent en deux parties. L'une centrale, constituée par des matières fécaloïdes, est entourée par du mucus incolore. La thérapeutique symptomatique reste inefficace.

2. *Alternatives de diarrhée et de constipation* : Les malades sont plus ou moins longtemps constipés et présentent de temps en temps des épisodes soit de diarrhée en « bouse de vache », soit de fausse diarrhée : matières dures et débris glaireux dans un liquide fétide.

3. *Constipation chronique* : Dans environ 10 % des cas, la constipation peut être opiniâtre, ne cédant à aucun laxatif habituel, résistant aux cures thermales répétées.

Les troubles fonctionnels dans toutes ces formes consistent en douleurs plus ou moins vives, généralisées ou localisées sur un point du cadre colique, à prédominance gauche. A l'examen, on trouve les signes de colite. La langue est rarement sale, mais le ventre sensible. Le point de MacBurney peut être douloureux. Dans la fosse iliaque droite, on palpe un caecum contracté gargouillant. Le colon gauche est également spasmodique et nettement perceptible. L'état général est plus ou moins touché, le faciès anémique, terne, terreux. Les yeux sont excavés, les traits tirés, la peau sèche. Le sujet est asthénique, hypotendu, amaigri, particulièrement frileux et se fatigue au moindre effort. Dans les cas anciens, on peut même trouver une déformation hippocratique des doigts. La température est normale ou peu élevée.

La forme gastrique.

Certains malades se plaignent uniquement de troubles de dyspepsie gastrique, d'anorexie, de céphalée, de nausées. Après les repas, ils souffrent de pesanteurs gastriques, de météorisme abdominal, d'éructions, de somnolence. Chez d'autres sujets, des douleurs tardives à type de brûlures, le pyrosis, des crampes irradiant dans le dos et vers l'épaule gauche, peuvent faire croire à l'existence d'un ulcère gastrique ou duodénal.

L'état général n'est guère atteint. A l'examen, on trouve peu de chose si ce n'est qu'une corde colique gauche perceptible à la palpation. Les selles sont le plus souvent normales, quelquefois glaireuses. Jamais il n'y a alternative de diarrhée et de constipation. Le traitement symptomatique reste inactif.

Si l'amibiase intestinale peut provoquer des troubles gastriques à type d'aérophagie, elle peut même simuler l'angine de poitrine avec ses douleurs, l'angoisse précordiale, les étouffements qui sont en rapport avec l'aéroclicie gauche.

La forme hépatique.

Une autre catégorie de malades présente un syndrome d'insuffisance hépatique ou, au contraire, d'hyperhépatie dans lesquels intervient, pour une part au moins, l'hépatite amibienne. Le foie, congestionné, est sensible. Il peut y avoir des crises douloureuses accompagnées de nausées, d'un léger subictère ou de troubles simulant la dyspepsie

hépatique. La rate est percutable, la corde colique palpable.

Les douleurs du lobe droit sont facilement confondues avec des douleurs vésiculaires, et la colite pourra en imposer pour une cholécystite avec ses crises brutales, ses coliques, se terminant par des évacuations bilieuses (SPÉDER).

La forme appendiculaire.

Un état colitique peut s'accompagner de l'endolorissement du point de Mac-Burney. Les nausées, les céphalées, la constipation, peuvent faire penser à tort à une appendicite chronique ou subaiguë, mais le traitement spécifique fera disparaître la réaction appendiculaire, en même temps que la colite. Dans une observation de RACHET, nous voyons une crise d'appendicite subaiguë chez une femme dont le mari souffrait depuis des années d'une diarrhée chronique rebelle. L'éosinophilie fit suspecter une parasitose et les recherches aboutirent au diagnostic d'amibiase latente.

La forme cérébrale.

BAUMEL a publié le cas d'un malade qui avait une dysenterie amibienne typique à Salonique. 12 ans plus tard, il présentait des troubles cérébraux marqués survenus peu à peu avec aboulie et asthénie psychique, accompagnées de sensations vertigineuses incessantes et très désagréables : Le malade souffrait de quelques douleurs gastriques et accusait l'émission de nombreux gaz intestinaux fétides. Les examens clinique, radiologique et coprologique étaient négatifs. Un traitement antiamibien amenait la guérison complète.

MARSIAJ et WEINMANN ont très fréquemment observé des syndromes nerveux et psychiques : « Tantôt irrités, tantôt profondément déprimés, les malades courent de consultation en consultation, écoutant au commencement pleins d'espoir et désillusionnés par la suite, une interminable série de diagnostics. Cette irritabilité nerveuse, avec une instabilité profonde du système nerveux végétatif, quelquefois accompagnée d'une déchéance physique accentuée, amène le clinicien aux diagnostics les plus contradictoires, depuis celui de neurasthénie ou psychasthénie, jusqu'à celui de tuberculose pulmonaire. Il s'est ajouté à la dépression nerveuse, chez 80 % de nos malades, une céphalée qui, très souvent — 46,7 % — a été jusqu'au cadre complet de la migraine, avec troubles visuels, vomissements, vertiges, etc.. »

La forme pulmonaire.

Une grave atteinte de l'état général avec anorexie, amaigrissement, anémie, asthénie, poussées fébriles vespérales, peut simuler la tuberculose pulmonaire au début. Nous avons déjà vu que l'hippocratisme des doigts peut ne pas manquer.

La forme néoplasique.

Si l'altération de l'état général s'accompagne de troubles locaux, de phénomènes de subocclusion, on pourra penser à un cancer rectal ou recto-sigmoïdien. Ces formes pseudo-cancéreuses peuvent entraîner l'occlusion du côlon droit et l'intervention chirurgicale qui aurait pu être évitée par l'application d'un traitement antiamibien institué à temps (BAUMEL, BASLER, ROGERS, DESJARDINS). Le diagnostic de cette forme pseudo-néoplasique avec le vrai cancer se grefant sur une amibiase colique, est extrêmement délicat.

La forme tuberculeuse.

D'autres fois, les symptômes locaux et généraux imposent plutôt pour une tuberculose colique (AUGÉ et VIENNOT, BOURGIN).

La forme rachialgique.

Des douleurs lombaires ou lombo-sacrées peuvent, par leur intensité, simuler le lumbago. En cas de colite amibienne, elles ont ce caractère particulier de se manifester surtout aux changements de saison, à l'apparition des premiers froids. Non modifiées par les changements de position, elles sont aussi fortes la nuit que le jour.

La forme hémorragique.

Il y a des cas où des hémorragies intestinales plus ou moins brutales et abondantes sont le seul signe d'amibiase chronique latente (ANGLADE et ROSENRAUCH, GERMAIN, CARBONI et MORVAN, RACHET).

Les fissures anales.

Elles peuvent, de même, être l'unique symptôme de la colite amibienne chronique.

La forme hémorroïdaire.

Les hémorroïdes, symptômes de tant d'affections pelviennes et hépatiques, peuvent être le seul signe permettant de soupçonner l'amibiase camouflée. CHANTRIOT (de Beyrouth), a fréquemment observé des varices et phlébites du gros intestin dans l'amibiase. Voici une de ces statistiques :

1. Hémorroïdes chez des amibiens hépatiques : 50 %.
2. Hémorroïdes chez des amibiens non hépatiques : 20 %.
3. Hémorroïdes révélatrices d'amibiase camouflée : 30 %.

CHANTRIOT signale le fait important que le flux hémorroïdal symptomatique d'amibiase est jugulé par le seul traitement antiamibien.

Les formes inclassables.

Nous voulons dire enfin quelques mots de certaines formes cliniques qui ne trouvent leur place dans aucune classification. Leur diagnostic est difficile et ne se fait souvent que par élimination.

Nous voulons brièvement résumer ici une observation inédite que nous devons à l'obligeance du Docteur Georges ROSANOFF, et qui nous a semblé particulièrement instructive :

OBSERVATION N° 1 (Résumée)

Le malade, artiste-peintre, âgé de 40 ans, vient consulter pour des troubles dont il souffre depuis des années : Ce sont des crises d'asthénie survenant à intervalles variables. En même temps, il présente une langue sale et il souffre de douleurs abdominales diffuses, sourdes. Le tout dure de trois, quatre jours, jusqu'à une semaine. L'asthénie est telle que le sujet est incapable du moindre effort tant physique qu'intellectuel. Il prétend même vouloir se suicider s'il ne peut pas être guéri de ces troubles qui l'empêchent de gagner sa vie.

Après l'examen, nous pensons être en présence d'une insuffisance hépatique. Des solutions salines, du sulfate de magnésie et un régime approprié sont prescrits, mais sans résultat.

On institue alors un traitement intestinal au bismuth par voie buccale, sans plus de succès d'ailleurs.

Un troisième essai thérapeutique avec ferments lactiques, formocarbène et régime sans farineux, reste également sans résultat.

Par l'interrogatoire, on apprend que le malade est originaire de la Russie du Sud et qu'il a eu là-bas une fièvre d'origine indéterminée. On entreprend alors, en désespoir de cause, un traitement anti-amibien au stovarsol et à la pâte de Ravaut. Le succès est immédiat, complet et définitif. Le résultat a été contrôlé trois ans plus tard.

Une symptomatologie atypique peut égarer le diagnostic pendant de longues années, entraîner les thérapeutiques médicales les plus diverses et même des interventions chirurgicales.

Voici une observation que nous devons également à l'obligeance du Docteur Georges ROSANOFF. Elle a été communiquée à la Société de Médecine de Nice en 1939. Par suite des événements, elle n'a pas pu être publiée ; nous la citons intégralement :

OBSERVATION N° 2

Le malade, âgé de 51 ans, souffre depuis sa 27^e ou 28^e année (1913-1914) des troubles gastro-intestinaux pour lesquels il vient consulter le 4 juin 1938.

En 1912, il avait subi une intervention chirurgicale pour un gros abcès rectal. La convalescence a été longue et laborieuse.

Dans les antécédents, on relève, en outre, une fièvre typhoïde très grave à l'âge de 28 ans.

Il a subi une deuxième opération (appendicectomie et gastropexie- en juillet 1931.

Actuellement, le malade présente trois sortes de troubles qui sont toujours les mêmes depuis une vingtaine d'année. Ils se suivent toujours inmanquablement dans le même ordre et aux mêmes heures. Voici comment le malade décrit lui-même ce cortège symptomatique :

Premier trouble : Eructations fétides et répétées, débutant toujours dans la deuxième partie de l'après-midi entre 16 et 19 heures, allant en s'intensifiant jusqu'à une heure avancée de la nuit pour être régulièrement arrêtées vers le réveil. Ces éructations fétides ne peuvent être comparées à de simples renvois rappelant le goût des aliments ingérés au cours des repas du même jour, elles donnaient au malade l'impression très nette d'avoir absorbé un œuf en état de décomposition ; la profondeur de leur trajet laissait supposer qu'elles provenaient des intestins.

Deuxième trouble : Ainsi qu'il a été dit plus haut, ce deuxième trouble suivait immédiatement et régulièrement le premier. Il se présentait sous forme de gargouillements intenses du côté intestinal droit, s'intensifiant ainsi que les éructations, au point

que tout le côté droit de l'abdomen semblait être en effervescence.

Troisième trouble : Apparition de la diarrhée dès le réveil, mais souvent aussi, elle était nocturne et dénotait alors une crise plus grave que les autres : Selles extrêmement fétides, marron clair, ou moutarde; leur nombre n'a jamais été inférieur à trois, la dernière toujours vers midi, heure à laquelle les trois troubles s'arrêtaient comme automatiquement.

On peut conclure que durant toute l'évolution de cette maladie, le patient n'a jamais présenté de vives douleurs et, exceptionnellement, des coliques. Il n'a jamais été obligé de suspendre le travail. Il a rarement été incommodé entre midi et 16 heures.

Détails complémentaires : Le malade a toujours bon appétit, même en crise. Il a pu observer au cours des crises, qu'en se privant du repas du soir, l'accès était moins fort dans son ensemble, mais son évolution et son rythme restaient les mêmes.

Aucune douleur ni tiraillement, ni sensation de pesanteur à l'estomac ne sont à signaler, et cependant, des examens radioscopiques nombreux ont montré une ptose et une atonie complète de l'estomac.

Pas de vomissements ni coliques entre 9 heures et midi ; langue régulièrement rouge et bien nette, même en forte crise. Jamais de fièvre. Perte de poids de 8 à 10 kilos immédiatement après la démobilisation du malade (juillet 1919).

Le malade ayant été mobilisé le 8 août 1914 dans un régiment d'infanterie, n'a jamais quitté la zone de feu que pour des permissions réglementaires de détente. Les différents troubles cités plus haut se sont manifestés de la manière la plus intense et sans arrêt, ni intermittence, pendant les mois d'août, septembre, octobre, novembre 1914, époque pendant laquelle la diarrhée fut constante. Ralentissement depuis décembre 1914, mais réapparition des troubles pendant les permissions passées en famille. Nouvelle apparition des troubles dès la démobilisation. Puis intensification lente et progressive depuis juillet 1919, malgré la multitude et la diversité des soins recherchés et prodigués sans arrêt, mais n'aboutissant à aucun résultat appréciable.

En juin 1938, le malade a commencé le traitement indiqué par le Docteur ROSANOFF. L'arrêt des trois troubles était total et immédiat. Il y a seulement à signaler une toute petite apparition désolée des éructations fétides quarante jours environ après le début du traitement, non suivie de gargouillement, ni de diarrhée. Ce jour, fin janvier 1939, après sept mois de traitement, on ne note pas de réapparition des troubles signalés plus haut..»

Le malade, revu au mois de juin 1939, continue à être très amélioré et n'a plus revu reparaitre ses troubles. Nous avouons que lorsque nous l'avons vu pour la première fois et en présence des symptômes qu'il présentait, nous nous sommes trouvés extrêmement embarrassés devant la diversité des traitements appliqués jusque-là sans résultat ; en effet, au cours de ses

25 années, le malade a été soumis aux thérapeutiques les plus diverses, aux régimes plus ou moins sévères. Il a subi des traitements physiothérapiques (rayons ultra-violets) et des interventions chirurgicales (appendicectomie et gastropexie)... Le tout sans aucun succès. Nous avons émis alors l'hypothèse qu'il s'agissait peut-être d'une amibiase chronique, le malade ayant pu être contaminé antérieurement.

Nous n'avons pas fait faire d'examen des selles, car ces examens sont presque toujours négatifs. Lorsqu'un malade voit qu'un examen est négatif, il juge souvent qu'il est inutile de faire sérieusement le traitement et on a beaucoup de peine à lui faire admettre qu'une analyse négative ne prouve rien. Il est donc préférable ou de faire une analyse « en cachette » ou de ne pas en faire du tout. D'ailleurs, en général, on ne trouve des amibes dans les selles qu'au début de l'affection, mais au bout de 25 ans, comme dans le cas de ce malade, il n'y a en général pas d'amibes, ni de kystes, décelables. Rien ne permet évidemment de conclure sans analyse, d'une façon certaine, à une amibiase, mais devant l'insuccès des autres traitements, on peut tenter l'expérience.

Nous avons donné au malade une formule de la pâte de Ravaut contenant du charbon, du sous-nitrate de bismuth, 1 % d'ipéca et de plus, un peu de belladone, de gardénal et d'hydrate de magnésie. Nous lui avons donné aussi quatre jours par semaine du stovarsol et nous avons revu huit jours après le malade qui, brusquement, cinq ou six jours après le début du traitement, avait constaté une amélioration brutale de son état; nous devons dire que nous avons été assez surpris de voir une amélioration aussi rapide sur laquelle nous n'osions pas trop compter, mais le résultat est là, et depuis un an, il n'a plus observé aucune rechute. Nous avons modifié un peu, par la suite, son traitement, et lui avons donné de l'iodo-chlorhydroxy-quinaléine (entéro-vioforme) ; quant à son régime alimentaire, comme il se plaignait encore de quelques gaz et d'éruptions, nous l'avons mis à un régime farineux pendant quelque temps et progressivement ramené à un régime plus normal qu'il a très bien supporté.

Cette observation nous a paru particulièrement intéressante, car c'est un cas ancien, et si l'on n'a pas la preuve formelle qu'il s'agit d'une amibiase, on en possède du moins la preuve morale dans le sens que le traitement a agi d'une façon remarquable ; nous savons bien qu'un bon effet thérapeutique ne constitue pas une preuve et qu'ici, l'étiologie de l'amibiase restera douteuse. Nous savons que les colites sont habituellement améliorées par le stovarsol, mais nous doutons qu'il ait pu améliorer une diarrhée datant de 25 ans et, par conséquent, nous croyons qu'on peut conclure qu'il s'agit bien, dans ce cas, d'une amibiase très ancienne et améliorée par le traitement anti-dysentérique.

Certes, le malade n'a pu encore retrouver son poids, mais on

ne peut réparer en un an des troubles datant depuis si longtemps et l'on peut tout juste espérer dans ce cas arrêter la diarrhée et les troubles fonctionnels, ce qui est déjà un résultat très appréciable.

COMPLICATIONS.

Nous ne parlerons pas ici de l'extension de la dysenterie amibienne à d'autres organes tel que l'amibiase hépatique, pulmonaire ou cérébrale. La colite amibienne peut entraîner un certain nombre de complications non amibiennes dont nous allons énumérer les principales.

La colibacillurie :

La colite amibienne se complique très fréquemment de troubles urinaires. La colibacillurie, avec ses poussées fébriles coïncidant avec des épisodes colitiques est si commune, que CHIRAY se demande « s'il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'amibiase autochtone et les véritables épidémies de cystite et de pyurie à colibacilles qui ont été observées depuis la guerre dans certains de nos ports et dans nos régions envahies. Quoi qu'il en soit, ces colibacilluries ne cèdent qu'au traitement spécifique ».

Dans ces cas, l'amibiase intestinale est le plus souvent méconnue et le traitement anticolibacillaire seul reste inactif. En présence d'antécédents suspects ou en raison de particularités cliniques, on pensera à l'amibiase.

OBSERVATION N° 3 (très résumée)

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur Georges ROSANOFF)

Un malade vient consulter pour colibacillose chronique avec troubles digestifs à type intestinal et avec retentissement hépatique. Ce malade avait déjà consulté différents médecins à Paris qui, en raison du gargouillement et des gaz, l'avaient traité pour insuffisance pancréatique. Or, on apprend que le sujet a voyagé aux colonies. On applique un traitement d'épreuve à la pâte de Ravaut et au stovarsol, qui fait disparaître tous les troubles cliniques, et à notre grande surprise, les colibacilles qui, jusque-là, avaient résisté à tous les traitements spécifiquement colibacillaires.

OBSERVATION N° 4 (très résumée)

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Docteur Georges ROSANOFF)

Un autre malade, médecin français, souffre également d'une colibacillose chronique résistant à toutes les médications habituelles. Il présentait des troubles digestifs divers tels que douleurs abdominales fréquentes, frilosité, céphalées, digestions difficiles après les repas. En raison d'un séjour aux armées dans les Dardanelles en 1915, on suspecte l'amibiase et l'épreuve du traitement est instituée. La thérapeutique antiamibienne fait rapidement disparaître tous les troubles digestifs, mais les colibacilles persistent. Un traitement anticolibacillaire banal est alors appliqué, qui fait disparaître les colibacilles.

La dégénérescence néoplasique :

L'amibiase chronique prépare assez souvent le lit au cancer. Le diagnostic en est d'autant plus difficile qu'il y a, comme nous l'avons vu, des formes pseudo-cancéreuses. Si une biopsie positive a une grande valeur diagnostique, la biopsie négative ne suffit pas pour exclure la possibilité d'un néoplasme, car elle peut être faite sur une partie non cancéreuse, tandis que la tumeur évolue sur une autre partie de la muqueuse. Dans ces cas, il faut répéter les biopsies et instituer un traitement d'épreuve, pour faire le diagnostic entre une forme amibienne pure et une forme associée au cancer.

La tuberculose pulmonaire.

L'atteinte de l'état général peut être telle qu'elle crée un terrain propice à la tuberculose. Dans un cas de RIST, un soldat a contracté la dysenterie devenue chronique. « Elle a déterminé un état de dénutrition accentué au cours duquel éclot une tuberculose pulmonaire... Le rôle de la dysenterie dans le déclenchement de la tuberculose ne saurait être négligé ».

Colites para et méta-amibiennes.

Les complications les plus fréquentes de la colite amibienne sont des colites banales dont l'amibiase n'est que la cause indirecte. C'est la parasitose qui a préparé le terrain sur lequel elles se greffent. Ces réactions colitiques, parfois

graves, surviennent tantôt au cours d'une amibiase en évolution. Ce sont alors des « colites para-amibiennes » (MORÉNAS) ou « suramibiennes ». Tantôt, elles affectent des amibiens guéris. On a appelé ces colites banales résiduelles « méta-amibiennes » (MORÉNAS) ou « post-dysentériques » (CARLES et BONNIN).

Ces colites peuvent survenir à n'importe quel moment de l'évolution de l'amibiase, ou plus ou moins longtemps après sa guérison. Elles sont rebelles à la médication spécifique. MORÉNAS les classe en deux catégories :

1. Les colites diffuses, ulcéreuses et hémorragiques. MORÉNAS rapporte le cas instructif d'une Italienne de 37 ans, qui entre à l'hôpital en pleine poussée hémorragique. Elle avait une dysenterie amibienne typique rapidement guérie il y a 16 mois. Depuis deux mois, elle souffre d'épreintes et de ténésmes et surtout d'une poussée colitique intense avec émission de selles semi-liquides, enrobées de sang d'abord. Puis les évacuations deviennent franchement liquides, rougeâtres, intimement mélangées de sang et de flocons de mucus. Elle a 10 à 20 selles par jour. De multiples examens coprologiques minutieux restent négatifs. Le traitement par l'émétine, stovarsol et pâte de Ravaut est inefficace. MORÉNAS institue alors la thérapeutique des colites hémorragiques non spécifiques : lavement mucilagineux au collargol, injection de bacté-intestiphage. L'amélioration est immédiate et, en quelques jours, la guérison est complète. Il y a lieu de croire que beaucoup de colites survenant chez d'anciens amibiens qui ne cèdent pas au traitement spécifique, rentrent dans cette catégorie.

2. Colites segmentaires et suppurées. Elles peuvent être localisées au caecum. Il s'agit alors de typhlocolites se manifestant cliniquement comme une appendicite chronique. Plus fréquemment, elles atteignent le sigmoïde avec la symptomatologie de péricolite ou de diverticulite, pouvant même donner lieu à des péritonites enkystées et à des abcès pelviens. Comme dans les colites diffuses, l'examen des selles reste toujours négatif, le traitement spécifique inefficace.

Comme cause de ces colites para ou méta-amibiennes, on doit surtout incriminer l'infection bactérienne. Nous avons déjà vu la fréquence de la colibacillose compliquant l'amibiase intestinale. Dans les colites segmentaires suppurées, le rôle de l'association bactérienne est patent.

Ces colites guérissent par un traitement dirigé contre la colite infectieuse. Quelquefois, on doit faire une intervention chirurgicale à cause des suppurations localisées.

SEQUELLES.

La colite méta-amibienne n'est pas la seule cause de troubles colitiques survenant après la guérison de l'amibiase. Les ulcérations amibiennes laissent, dans certains cas, des cicatrices indélébiles dont on peut voir les traces à l'autopsie, 20 à 40 ans après leur guérison. Ces ulcérations ont causé des mutilations glandulaires, musculaires et surtout nerveuses, qui engendrent des troubles divers appelés « Entéro-névrose » par CARLES, « Sympathose abdominale » par LAIGNEL-LAVASTINE, « Entéro-névrite » par LÆPER.

Les porteurs de ces lésions sont des « éclopés du ventre » (CARLES et BONNIN). Les uns ont de la diarrhée (hypersécrétion, mucorrhée, diarrhée nerveuse), d'autres de la constipation. Certains ont des alternatives de diarrhée et de constipation, mais CARLES et BONNIN insistent surtout sur le fait que les malades souffrent. Ils ne vont jamais bien. Leur état n'est guère amélioré par le régime. A des troubles de dyspepsie gastrique s'ajoutent des symptômes dont l'origine neuro-végétative est nette : Douleur épigastrique solaire exquise, tachycardie, hypotension, instabilité du pouls, cyanose et transpiration facile des extrémités.

CONCLUSION.

Pour la clarté de notre exposé clinique, nous avons nettement séparé les différentes manifestations de l'amibiase colique. En réalité, les divers processus s'intriquent souvent, se superposent, et il est souvent impossible de distinguer ce qui relève de l'une ou de l'autre cause. Dans un syndrome gastro-entéritique, il sera difficile de dire ce qui revient à l'amibiase même, à la colite banale concomitante et à l'entéronévrite. Le parasitisme rend le colon fragile. A côté des ulcérations ou d'autres lésions anatomiques, il faut compter avec une certaine insuffisance fonctionnelle ; aux effets de l'infection secondaire et des mutilations nerveuses, s'ajoutent ceux de la résorption du contenu toxique du côlon, ce qui explique les symptômes d'auto-intoxication. On peut même supposer qu'à la suite des lésions muqueuses

se sont établies des sensibilisations locales ou générales pouvant causer des réactions d'ordre anaphylactique.

Le tableau clinique de la colite amibienne est ainsi composé d'une foule de facteurs pathologiques qui s'enchevêtrent et se superposent dans leur action. JUSTIN-BESANÇON et CACHERA ont pu constater « la multiplicité et l'extrême diversité des résonnances éveillées dans l'organisme entier par les affections du côlon ». Ceci est tout aussi vrai pour la colite amibienne.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

L'amibiase intestinale chronique pouvant simuler de très nombreuses affections, il nous est impossible d'énumérer ici toutes les maladies avec lesquelles elle peut être confondue. Nous ne ferons donc pas de chapitre spécial pour le diagnostic différentiel. Nous savons que la colite amibienne peut prendre l'apparence de toutes les colopathies en commençant par les banales colites muco-membraneuses. D'autre part, il ne faut pas la confondre avec une rectocolite hémorragique, avec une diverticulite sigmoïdienne, avec une tuberculose, une syphilis ou avec un néoplasme colique. Souvent la colite amibienne empruntera les symptômes de la pathologie gastrique : Dyspepsie, embarras gastrique, aérophagie, ulcères gastro-intestinaux, etc... D'autres fois, elle paraîtra sous forme d'insuffisance hépatique, d'infection biliaire ou de colique hépatique. Dans certains cas, elle prendra l'aspect d'une appendicite ou d'une salpingo-ovarite droite. En présence d'hémorroïdes ou de fissures anales, on cherchera parmi d'autres causes aussi la possibilité d'une amibiase camouflée. Les altérations de l'état général en imposent pour une tuberculose pulmonaire, pour un cancer profond ou pour toute autre maladie cachectisante. Aussi peut-on souvent passer à côté d'une amibiase à cause de son polymorphisme extraordinaire.

Il y a, par contre, une série d'affections capables de provoquer cliniquement un syndrome dysentérique plus ou moins typique, mais d'étiologie tout à fait différente. On doit ainsi éliminer tous les troubles intestinaux et surtout toutes les diarrhées liées à des embarras gastriques, indigestions, intoxications alimentaires, erreurs de régime, absorption de médicaments mal supportés. On pensera à la possibilité d'aliments provoquant des réactions anaphylactiques ou idiosyncrasiques comme les œufs, le lait, le chocolat, le poisson et autres. On peut voir un syndrome dysentérique « dans toutes les poussées aiguës ou chroniques,

spécifiques ou non, accompagnées d'inflammation rectale quelque peu marquée, dans le cancer du rectum ou au cours de rétrécissements rectaux ». Les insuffisances digestives gastriques, hépatiques, pancréatiques ou intestinales peuvent créer des troubles analogues. Nous ne faisons que mentionner les perturbations de la flore intestinale ; les infections possibles comme la colibacillose, la dysenterie bacillaire ; les parasitoses comme *Lambliia* et *Trichomonas* et les helminthiases.

Diagnostic positif.

Si nous ne connaissons aucun symptôme clinique pathognomonique de la colite amibienne, il y a pourtant certains signes qui font penser à la possibilité d'une étiologie amibienne de troubles d'apparence banale.

La résistance au traitement habituel.

« Une colite amibienne larvée ne diffère, en effet, d'une endocolite muqueuse que par son caractère tenace et rebelle » (CHIRAY). La résistance au traitement habituel des troubles observés attire souvent l'attention du médecin. Ce sont ces cas qui découragent le malade comme le médecin par la persistance des symptômes souvent pénibles, ne cédant à aucune des thérapeutiques généralement rapidement efficaces dans des cas similaires. Une constipation opiniâtre ne cédant à aucun laxatif, ni à aucune cure thermique, des troubles gastriques réfractaires au traitement symptomatique, une diarrhée tenace, rebelle à la diététique, aux astringents et aux opiacés, peuvent faire suspecter l'amibiase camouflée. Cette évolution de la colite parasitaire, déconcertante par sa ténacité et par sa résistance aux médications gastro-intestinales habituellement efficaces, a une grande valeur diagnostique et elle doit toujours faire rechercher les autres signes d'amibiase.

La congestion douloureuse du foie.

C'est là un signe caractéristique de la colite amibienne. Existant seule, sans aucun autre signe de colite, elle peut être prise pour une affection uniquement hépatique comme nous l'avons déjà signalé dans les formes cliniques.

L'hépatite-symptôme existerait toujours en cas de colite d'après CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. Le foie est augmenté de volume et cause souvent une sensation de tension, de pesanteur avec irradiations dans la région dorso-lombaire. La palpation est douloureuse, surtout au lobe droit. Un certain malaise peut persister assez longtemps après la palpation profonde. « Aussi — dit CHIRAY — quand chez un ancien combattant comme il arrive généralement, on se trouve en présence de petits troubles hépato-intestinaux de ce genre, avec des diarrhées intermittentes si on perçoit un foie augmenté de volume, sensible à la palpation ou même spontanément, on peut presque à coup sûr, affirmer l'existence d'une colite amibienne méconnue. En l'absence de toute donnée de laboratoire, on est alors en droit de tenter l'épreuve thérapeutique ».

La frilosité.

La frilosité est également un signe fréquemment rencontré dans les colites amibiennes. Les malades ont toujours froid et n'arrivent pas à se réchauffer.

La rachialgie.

Cette douleur que nous avons signalée dans les formes cliniques comme pouvant simuler le lumbago banal, est un autre signe caractéristique de la colite amibienne auquel CARNOT donne la valeur d'un test clinique. Ces douleurs lombaires peuvent, en effet, accompagner toutes les colites sigmoïdiennes. Dans l'amibiase, elles paraissent surtout déclenchées par l'influence du climat et par le froid. CHIRAY et ses collaborateurs ont eu l'occasion de dépister par ce signe quelques amibiases larvées et ils soulignent sa grande importance diagnostique.

Les crises dysentériques antérieures.

Des crises antérieures plus ou moins typiques peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Mais, souvent, le malade en a presque oublié l'existence ou il omet d'en informer son médecin, parce qu'il ne peut croire à un rapport entre elles et ses troubles actuels. Cet anamnesticque, s'il existe, est d'une importance capitale et BAUMEL « affirme l'existence d'une amibiase chronique, lorsque le syndrome de primo-infection est patent dans le passé ».

La possibilité du contag.

Au moindre soupçon et d'autant plus si un des signes énumérés plus haut existe, on cherchera par une enquête minutieuse la possibilité d'une contamination qu'aurait subie le sujet. Souvent, le malade a-t-il fait un séjour aux pays chauds ou même seulement dans un des grands ports européens où règne maintenant l'amibiase à l'état endémique. Quelquefois, le malade était en contact avec des coloniaux rapatriés ou avec des indigènes des pays chauds.

Les séjours les plus courts dans les pays à amibiase suffisent pour contaminer un sujet. Voici un bel exemple que nous devons, comme les observations précédentes, au Docteur Georges ROSANOFF :

OBSERVATION N° 5 (résumée)

Le malade, pâtissier de profession, vient consulter pour un syndrome d'entéro-colite muco-membraneuse avec aérophagie, petits frissons, points douloureux sous-hépatiques d'origine colique droite (ou vésiculaire ?) Il n'a pas de vomissements, mais présente de la somnolence postprandiale et de l'asthénie chronique, — troubles dont il souffre depuis plusieurs années et que le traitement habituel n'ont pas atténués. Devant ce syndrome, on pouvait se demander si l'on était en présence d'un syndrome colitique ou vésiculaire. Or, l'interrogatoire apprend qu'il a passé cinq jours au Maroc où il a eu une indigestion avec fièvre.

Aucun examen des selles n'a été pratiqué.

Sur ces données, on prescrit un traitement au stovarsol et à la pâte de Ravaut. Revu 15 jours plus tard, le malade va très bien. Il n'a plus de somnolence, ni asthénie, ni douleurs. La guérison s'est maintenue après un an.

OBSERVATION N° 6 (résumée)

(due à l'obligeance du Docteur Georges ROSANOFF)

Le malade, âgé de 60 ans, vient consulter pour horborygmes et quelques rares crises diarrhéiques inconstantes, le tout datant d'un an environ. Le malade n'a jamais quitté la France. Il a été vu par plusieurs médecins dont un a fait pratiquer un examen des selles qui a été négatif. Il montrait tout au plus une hypermotricité colique.

A l'examen, on trouve un ventre ballonné et gargouillant. A la radio après lavement baryté, on ne trouve rien d'anormal. On institue un régime sans farineux, bismuth, inolaxine, mais

les mêmes symptômes persistent malgré une amélioration légère.

Un deuxième traitement au charbon et aux mucilages est également sans résultat.

Un troisième essai avec des vaccins intestinaux et la vitamine C n'agit pas davantage.

Après trois mois de traitements plus ou moins infructueux, on apprend que le malade avait reçu la visite de son fils, militaire en Indochine, atteint de dysenterie amibienne. Un examen des selles chez notre malade est négatif, mais le traitement d'épreuve obtient en 48 heures la cessation immédiate des symptômes. La guérison persiste encore six mois après ce traitement.

Le contact personnel avec les porteurs de germes n'est même pas nécessaire pour contracter l'amibiase. Il suffit qu'un ancien combattant de la grande guerre ait occupé pendant un certain temps les tranchées de la Somme, de Verdun ou d'autres régions, qui étaient occupées antérieurement par des troupes africaines.

Dans de nombreux cas, la contamination est d'origine familiale, comme dans l'observation citée de RACHET (forme pseudo-appendiculaire). FERROIR a eu l'occasion d'observer une enfant qui présentait des troubles colitiques avec présence d'amibes dans les selles. Une enquête familiale permit de savoir que la mère présentait depuis des années uné diarrhée chronique. Un examen des selles de la mère permit de trouver des amibes et un traitement éméтинien a pu guérir la mère et l'enfant.

DIAGNOSTIC COPROLOGIQUE.

Dans toutes les affections gastro-intestinales suspectes, on est amené à pratiquer un examen des selles.

L'amibe dysentérique.

Nous avons déjà décrit les caractères morphologiques de la forme végétative mobile. Elle se trouve rarement dans les formes larvées qui nous préoccupent surtout ici. Pour la trouver, il faut faire un examen des selles non refroidies. Il faut recueillir les matières non souillées d'urine dans un récipient propre, chauffé, ne contenant aucun antiseptique et procéder immédiatement à leur examen, au plus tard 20 minutes après leur émission. S'il est possible, il est préférable de faire un prélèvement direct au rectoscope pour

augmenter ainsi la probabilité de trouver des amibes pathogènes. On a seulement le droit de porter le diagnostic positif si les amibes sont mobiles, avec ectoplasme et endoplasme nettement différenciés et si elles contiennent des hématies.

Le kyste amibien.

Plus souvent que la forme végétative, on trouve la forme de résistance, le kyste, dans les matières des colitiques chroniques. Comme les kystes sont très résistants, on peut les chercher dans des selles refroidies, même datant de quelques jours. Une très bonne méthode est celle de DESCHIENS, selon laquelle on fait la recherche des kystes pendant sept jours consécutifs, dans des échantillons de selles conservées dans du liquide formolé salé dès leur émission. Malgré la répétition des examens et l'emploi des méthodes d'enrichissement (TELEMANN, CARLES et BARTHÉLEMY), on ne trouve très fréquemment ni amibes, ni kystes, même après irritation de la muqueuse par laxatifs, cholagogues, extraits biliaires ou drastiques ou encore après réactivation de l'amibiase par lavements iodo-ioduré ou par injection intra-veineuse de cyanure de mercure.

La co-existence d'autres parasites.

L'amibiase peut être associée à des Lamblias (*Giardia intestinalis*) et peut être masquée par elles. Une helminthiase (*Trichécéphales*, *Ankylostomes*), n'exclut pas non plus l'existence d'une amibiase.

Le chimisme des selles.

Nous avons déjà décrit l'aspect macroscopique des selles et leur fréquence. Il convient toutefois de souligner encore une fois la présence d'un abondant mucus. Comme en clinique, anatomie et rectoscopie, l'analyse chimique ne révèle qu'une formule de colite banale ou de typhlocolite : Hyperacidité caecale avec augmentation du taux de l'ammoniaque.

Hémorragies occultes.

On peut trouver, surtout dans les cas de colite sévère, de petites hémorragies occultes, des quantités anormales de nucléalbumines et d'albumines solubles, des cristaux de CHARCOT-LEYDEN.

LA FORMULE SANGUINE.

L'amibiase s'accompagne habituellement d'éosinophilie et, d'après CHIRAY, une proportion de 4 à 5 % d'éosinophiles chez l'adulte, et de 8 à 9 % chez l'enfant est en faveur d'un parasitisme.

D'après MARSIAJ et WEINMANN, l'hyperoxalémie est constante dans l'amibiase intestinale chronique. Ils expliquent la symptomatologie nerveuse si fréquente par ces taux élevés d'oxalémie. L'hyperaxalémie serait responsable au moins en partie de la fatigue, de l'abattement, de la pâleur, de l'amaigrissement et même des crises névralgiques abdominales.

L'INOCULATION AU JEUNE CHAT.

Nous ne mentionnons que pour mémoire cette méthode de diagnostic qui, malgré sa valeur scientifique, n'est guère employée en pratique.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Pas plus que la clinique, la rectoscopie et les 4/5^e des image spécifique de l'amibiase.

SPEDER a rencontré trois types principaux d'images radiologiques dans les colites amibiennes chroniques :

L'aspect déchiqueté.

Huit à dix heures après l'absorption du repas opaque, on constate des masses ou des amas arrondis, disposées tout à fait irrégulièrement sur le cadre colique. Elles sont séparées par des rubans étroits filiformes. Le liquide opaque n'épouse pas la paroi intestinale et on ne voit pas d'hausstrations ni plis transversaux. Le caecum est souvent dilaté, il est fréquemment le lieu de stase comme l'est aussi le colon sigmoïde (stase bipolaire de BENSAUDE).

L'aspect rubané, filiforme ou en chenille.

Si cet aspect se trouve quelquefois passagèrement sur l'intestin normal, en période de digestion, il est permanent dans la colite chronique. Souvent, tout le colon transverse et le descendant peut ainsi être filiformes, tandis que le

caecum a une forme en « feuille de figuier » ou en « toupie » ; quelquefois, mais seulement pour un temps très court, des segments rubanés peuvent reprendre leur dimension normale. Si la colite est déjà ancienne, l'aspect fili-forme est irréductible. Un tel rétrécissement peut avoir 12 à 17 centimètres de longueur.

L'aspect en tuyau.

C'est l'aspect rigide caractéristique pour les cas anciens. Il se voit surtout sur le descendant, mais peut atteindre tout le cadre colique. Les contours coliques peuvent être parallèles ou ovales, délimitant des zones opaques en forme de « banane » ou de « gros noyau de dattes ». SPEDER et CHIRAY notent que, malgré les grandes modifications de l'image colique, il y a très peu de troubles fonctionnels. La palpation, même profonde, sous l'écran, n'est nullement sensible au niveau des zones les plus contracturées, alors que dans les autres formes de colite, les mêmes segments, moins modifiés radiologiquement, sont toujours douloureux.

LE TRAITEMENT D'ÉPREUVE.

Nous venons de voir que les signes cliniques, rectoscopiques et radiologiques ne peuvent apporter aucune certitude diagnostique, que les notions de contag ou de crises antérieures peuvent manquer, et que le signe pathognomonique, la présence d'amibes ou de kystes, manque dans les 4/5^e des cas. Nous sommes donc obligés d'employer le traitement antiamibien dans tous ces cas, malgré que leur étiologie amibienne n'est rien moins que démontré. Or, cette thérapeutique s'est révélée une vraie pierre de touche et le traitement d'épreuve a une valeur pratique considérable. On doit l'employer dans tous les cas douteux et le poursuivre au moins deux semaines. Une amélioration nette et rapide confirme le diagnostic d'amibiase. Dans des cas d'amibiase qui traînaient depuis des années ou même des dizaines d'années, le traitement spécifique a pu faire disparaître en quelques jours les troubles les plus tenaces. Le traitement antiparasitaire n'est pas seulement très rapidement efficace, mais ses effets sont souvent paradoxaux et illogiques en apparence. Le stovarsol, par exemple, est souvent mal supporté par les hépatiques. Or, chez les colitiques amibiens, au lieu d'aggraver les troubles hépatiques dont ils souffrent tous plus ou moins, il les guérit et souvent

d'une façon définitive. Un autre exemple des effets surprenants du stovarsol est le malade de DELACROIX et Georges ROSANOFF. Ce sujet, atteint de constipation opiniâtre, déclarait ainsi que le stovarsol était pour lui le meilleur laxatif ! Des colibacilloses avec poussées fébriles peuvent être rapidement guéries par le seul traitement antiamibien qui, en faisant disparaître les protozoaires, entrave le développement excessif des colibacilles.

L'épreuve du traitement est tout à fait inoffensive et on ne doit jamais manquer de la faire dans les cas dont l'étiologie reste douteuse. En pratique, il est même souvent préférable de l'employer d'emblée avant l'examen coprologique, car les malades hésitent quelquefois d'entreprendre un traitement antiamibien quand ils ont appris que l'analyse des selles, même très minutieuse, a été négative.

Souvent en pratique, surtout en pratique militaire, on manque de temps ou de moyens pour faire les enquêtes étiologiques nécessaires. Alors le traitement d'épreuve est la seule ressource pour le médecin traitant.

OBSERVATION N° 7 (résumée) (Personnelle)

Nous avons eu l'occasion d'observer un malade à l'hôpital militaire de Saïda (Algérie) au début de l'année courante. Le malade hospitalisé pour une plaie infectée de la jambe, est en même temps atteint d'une rectocolite avec épreintes et ténésmes qui l'obligent d'aller à la selle jusqu'à 15 fois par jour. Le volume des selles est peu considérable malgré les fortes coliques et les besoins impérieux. Les matières fécaloïdes, très molles, brun-jaunâtres, sont mêlées de mucus et couvertes d'une mousse abondante. Il n'y a pas de membranes, ni de sang. On cherche à enrayer cette diarrhée par des désinfectants intestinaux (charbon, bêta-naphtol), mais il n'y a aucune amélioration. Alors un traitement anti-amibien est institué : Deux comprimés de stovarsol par jour, pendant quatre jours consécutifs. Après trois de ces séries séparées, un intervalle de huit jours l'une de l'autre, le malade est grandement amélioré. La fréquence et la douleur des défécations sont considérablement réduites.

Sa plaie étant guérie, le malade sort de l'hôpital et le traitement stovarsolique est abandonné. Dans l'impossibilité de reprendre ce traitement, le malade souffre encore aujourd'hui, trois mois après le début, de sa colite. Il a deux à trois selles par 24 heures dont une au moins la nuit. Quelquefois, il y trouve même des traces de sang. Nous croyons pouvoir affirmer qu'il s'agit là d'une colite amibienne qu'on aurait intérêt de soigner intensivement pour éviter que ce malade quand il sera rapatrié en France, n'y dissémine l'amibiase.

Le traitement d'épreuve acquiert ainsi une valeur diagnostique presque absolue. Son emploi est facile et beaucoup plus pratique que toutes les autres méthodes d'examen. On pourra objecter que le traitement anti-amibien n'est pas spécifique et que des colites banales peuvent être influencées par lui. Ce n'est vrai qu'en partie. Nous savons bien que les colites non amibiennes peuvent être améliorées par un traitement stovarsolique ou autre, mais jamais la guérison est aussi prompte et durable. D'autre part, on obtient dans ces cas les mêmes résultats par des médications symptomatiques, inefficaces dans les amibiases. Les colites amibiennes, par contre, ne réagissent qu'au traitement spécifique et s'aggravent chaque fois que ce traitement est interrompu ou remplacé par une médication banale.

Nous tenons à citer textuellement divers auteurs qui font autorité en matière d'amibiase chronique. Tous s'accordent à voir dans le traitement d'épreuve un véritable test diagnostique, d'une importance pratique indéniable :

CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN : « Cependant, il faut se rappeler que plusieurs examens sont nécessaires, qu'on peut se trouver dans une période négative et que malgré les prélèvements « in situ », les recherches demeurent souvent infructueuses, alors que le parasite existe réellement. Pourquoi hésiter, si les signes ou les présomptions sont favorables, à instituer d'office la cure spécifique, soit par l'émétine, soit par les arsénobenzols ? C'est ce traitement d'épreuve inoffensif qui sera comme une pierre de touche et permettra de sortir des incertitudes ». Malgré ces précautions, il est fréquent de ne rien trouver. Dans les amibiases nostras, c'est même presque la règle. Il ne faut pas se hâter d'en conclure à la non-existence d'une infestation amibienne ».

BAUMEL : Quand on se trouve en présence d'un examen des selles négatif, il ne faut pas en inférer fatalement que l'amibiase n'est pas en jeu, et ce, pas plus qu'on ne rejette l'existence d'une syphilis, parce qu'une réaction de BORDET-WASSERMANN a été négative. Pour se mettre cependant dans les meilleures conditions possibles et pour avoir le plus de chances de voir des kystes, il est bon de faire les recherches sur des échantillons recueillis chaque jour, pendant sept jours consécutifs, et mis dès leur émission, dans un liquide formolé salé. C'est là la méthode préconisée par DESCHIENS. Hâtons-nous de dire que même dans ces conditions, chez des amibiens avérés, on n'a pas toujours un résultat positif ».

RACHET : En présence de toute colite qui n'a pas fait sa preuve, même en l'absence de parasites dans les selles, dès qu'on

soupçonne la possibilité d'une amibiase, on doit instituer la cure antiamibienne d'épreuve. Elle n'est jamais dangereuse et permettra souvent de guérir des malades jusque-là réfractaires.

PORTO : « La meilleure preuve est fournie par les succès obtenus par la thérapeutique amibienne spécifique, dans des cas considérés comme rebelles ou incurables ».

MARTIN : « Enfin, même après plusieurs examens coprologiques négatifs, si certaines colopathies résistent à une thérapeutique anticolitique classique, n'hésitons pas à tenter un traitement d'épreuve antiamibien ».

Au point de vue purement scientifique, il ne faut cependant pas perdre de vue qu'il n'existe en réalité qu'un seul signe pathognomonique de l'amibiase, c'est-à-dire la présence d'amibes ou de kystes dans les matières. Aussi nous nous rallions à l'opinion prudente de BENSAUDE et RACHET (« Rectocolites hémorragiques et purulentes », Rapport au Congrès des Colites, 1935) :

« Nous ne répéterons jamais trop qu'en cas de négativité constante, nous devons toujours pratiquer de parti-pris un traitement antiamibien d'épreuve qui pourra guérir le malade. Qu'on admette qu'il s'agit là d'une dysenterie amibienne méconnue ou qu'on envisage cette action, dans les cas heureux, comme une thérapeutique utile, mais qui n'implique pas forcément par sa réussite qu'il s'agissait d'une amibiase camouflée. Il y a, en effet, des rectocolites graves non amibiennes qui sont améliorées ou guéries par des traitements que nous n'osons plus dire absolument spécifiques ».

TRAITEMENT

LES PRINCIPAUX MEDICAMENTS EMPLOYES.

1. *Agents végétaux :*

Ipéca. Poudre de racines d'Uraroga Ipecacuanha.

Emétine, alcaloïde d'Ipéca. Elle est employée seule ou combinée au bismuth, à l'arsenic, etc. (Iodure double d'Emétine et de bismuth - Bisméthine).

Kurchi et ses alcaloïdes : Conessine, kurchicine et kurchine.

D'après MAJUMBER, KNOWLES, PORTO, BROWN et d'autres auteurs, le Kurchi qui, au contraire de l'émétine, n'est pas toxique, serait supérieur à l'émétine.

Extrait de *Garcinia* composé (Amibiasine).

Simarouba.

Kho Sam Uzara (employé dans les formes hémorragiques).

2. *Corps chimiques (arsénicaux) :*

Novarsénobenzol (Néosalvarsan) - Sanluol (par voie buccale).

Acide 4-oxy-3-acétyl-amino-phénylarsénique (Stovarsol).

Acide méta-amino-para-oxy - phénylarsénique formulé (Tréparsol).

4-carbaminophényl-acide arsénique (Carbarsone).

Acide méta-iodo-ortho-oxyquinoléine sulfonique (Yatrène, Chiniofon, Mixiod, Rexiode). Charbon-Bismuth-Mixiod (Rhodiacarbène, Pâte Spécia).

Iodo-chlorhydro-oxyquinoléine (Vioforme).

Chlorhydrate d'émétine - Sel arsénical pentavalent (Arsémétine).

3. *Antiseptiques.*

Lactate de diaminoacridine (Rivanol-Rivanolettes).

Sels d'argent (Nitrate d'argent, collargol, argyrol, etc.).

Benzo-méta-crésol (Crésentyl).

4) *Médications diverses :*

Opothérapie gastrique, hépatique, pancréatique.

Vaccins intestinaux.

(Dans le texte de ce chapitre, nous citons les noms commerciaux de ces produits, uniquement à titre d'abréviation).

LE TRAITEMENT ETIOLOGIQUE ANTIAMIBIEN.

TRAITEMENT DES DYSENTERIES AIGUES ET SUBAIGUES

a) *Destruction de l'amibe végétative*

Bien que le traitement par l'ipéca ou par l'émétine soit en général inefficace dans la colite chronique, nous mentionnerons ici les principaux traitements qui les emploient, car ils peuvent rendre de grands services pendant les poussées aiguës.

On peut utiliser l'ipéca selon la MÉTHODE BRÉSILIENNE ou mieux, selon celle de BÉRANGER-FERRAND par laquelle on évite l'intolérance gastrique de beaucoup de malades : On fait bouillir 4 grammes d'ipéca pendant cinq minutes dans 300 grammes d'eau. Après filtration, on ajoute un peu d'hydrolat de cannelle et 30 grammes de sirop d'opium. On prend cette préparation par cuillerées à soupe, d'heure en heure.

Les PILULES DE SEGOND dont voici la composition :

Ipéca	5 cg.
Calomel	2 cg.
Extrait d'opium	1 cg.

sont prises à raison de quatre à six par jour.

Ces méthodes, qui jouissaient d'une grande vogue, avaient l'avantage de juguler rapidement les crises aiguës, mais malheureusement la guérison n'est pas complète et l'ambiasse passe à l'état de chronicité avec son évolution discrète et les symptômes trompeurs.

Comme l'ipéca, l'*Emétine* n'agit que sur les formes végétatives et reste sans action sur les kystes. Dans les cas aigus, on peut donner quatre à huit centigrammes de chlorhydrate d'émétine par 24 heures, en injections sous-cutanées ou intra-musculaires. On ne dépassera pas 60 centi-

grammes par cure, l'émétine pouvant s'accumuler et causer des accidents toxiques plus ou moins graves (crampes, parésies, fatigue à la marche, urticaire, hypotension et tachycardie, signes d'insuffisance rénale).

PETZETAKIS recommande l'émétine en injections intra-veineuses dans les cas particulièrement graves. Dans ce cas, il faut surveiller strictement les malades pour éviter les complications toxiques. L'injection intra-veineuse a donné de très grands succès, même dans des cas chroniques, à PORTO et son collaborateur, LAFAYETTE PEREIRA qui, dans « O Hospital » (Traitement de la colite amibienne, 1931), a exposé la technique de sa méthode :

TRAITEMENT D'ATTAQUE :

	Grammes
1 ^{er} jour	0,03 à 0,05
2 ^e jour	0,03 à 0,06
3 ^e jour	0,05 à 0,06
4 ^e jour	0,05 à 0,10
5 ^e au 10 ^e jour	0,05 à 0,06
11 ^e jour	0,06
Dose totale	de 0,37 à 0,45

TRAITEMENT D'ENTRETIEN :

Vingt jours ou un mois après ce traitement d'attaque, recommencer une seconde série d'injections de la façon suivante : tous les deux jours, une injection intra-veineuse de 0,05 g., six injections en tout (Dose totale d'émétine : 0 gr. 30).

b) Destruction des kystes

Pour détruire les kystes, RAVAUT a préconisé l'emploi du *Novarsénobenzol* par voie buccale (les injections intra-veineuses ne font disparaître que les amibes végétatives). Le *Novarsénobenzol* est donné sous forme de capsules enrobées dans la gélatine formolée ou de comprimés glutinisés, à la dose de dix à vingt centigrammes par jour, pendant dix jours consécutifs. Après cette série, le malade se repose pendant 10 jours, puis on reprend une nouvelle série de dix jours, jusqu'à disparition des kystes. D'après PORTO,

les injections intra-musculaires (myosalvarsan) ou intra-veineuses auraient les mêmes effets destructifs sur les kystes que l'ingestion buccale.

Un autre moyen de détruire les kystes nous est donné par l'*Iodure double d'émétine et de bismuth*. On le et pendant douze jours consécutifs. Ce médicament est prend à la dose de 18 cgr. par jour, par fractions de 6 gr. donné sous forme de capsules de gluten ou de gélatine formolée. S'il provoque des vomissements et de la diarrhée, les selles, on reprendra une autre série après un repos c'est que le médicament agit. Si les kystes persistent dans les selles, on reprendra une autre série après un repos d'une semaine.

c) *Action sur les amibes et sur les kystes :*

Pour tuer à la fois les amibes et leurs kystes au cours des crises aiguës dysentériques ou des formes subaiguës, RAVAUT conseille des cures mixtes éméтино-arsénicales par injections. Ces cures consistent en 10 injections intra-veineuses de Novarsénobenzol de 30 centigrammes tous les quatre jours. Après les injections arsénicales 1, 2, 3, et 7, 8, 9, on fait pendant chacun des trois jours intermédiaires des injections sous-cutanées de 4, 6, et 8 centigrammes d'émétine. La durée de la cure est de 40 jours.

CHANTRIOT a mis au point la médication par l'Arsémétine. Ce produit s'emploie en injections intra-musculaires de 1 à 2 centimètres cubes par jour, pendant six jours. Après un repos de quinze jours, on reprend le traitement.

Traitement de la colite amibienne chronique.

RAVAUT conseille de traiter l'amibiase chronique par une *cure mixte* de novar et d'iodure double d'émétine et de bismuth par voie buccale. On le donne alternativement pendant 12 jours, à la dose de 5 à 20 centigrammes chacun.

Le *Novarsénobenzol*, proposé pour le traitement de l'amibiase par MILIAN, est employé à la dose de 30 centigrammes en injections intra-veineuses. On fait une injection tous les quatre ou cinq jours, dix injections par série.

Si ces deux traitements ont à leur actif de très beaux succès, on leur préfère aujourd'hui l'emploi des arsénicaux pentavalents comme le *Stovarsol* ou le *Tréparsol*. Leur maniement est très facile. Pour éviter l'apparition d'ictères, il est bon d'explorer la fonction hépatique avant de les

appliquer. On en emploie jusqu'à quatre comprimés de 25 centigrammes par jour, quatre jours de suite par semaine, durant un mois de plus.

Une excellente méthode est la suivante : On donne les comprimés trois jours par semaine et pendant les autres jours, on donne trois à six cuillerées à café par jour de la

Pâte de Ravaut :

Poudre d'ipéca	4 gr.	
Poudre de charbon		{
Sous-nitrate de bismuth		
Sirop simple		
Glycérine neutre		ââ 100 gr.

Cette méthode a donné des résultats extrêmement brillants à CHIRAY et il s'en sert aussi pour le traitement d'épreuve dans les cas douteux.

La pâte de Ravaut est parfois difficilement acceptée par les malades, on la remplace avantageusement par la composition suivante :

Charbon	{	ââ 45 gr.
Sous-nitrate de bismuth ...		
Hydrate de magnésie	5 à 10 gr.	
Belladone	0,50 gr.	
Poudre d'ipéca	1 gr.	

En cas de diarrhée, on supprime la magnésie et on la remplace par de l'opium.

Les arsénicaux pentavalents peuvent être mal tolérés et donner lieu à des accidents comme nausées, douleurs abdominales, prurits, œdèmes, érythèmes, frisson, diarrhées et même des crises nitritoïdes. Dans ce cas, on peut employer le *Sanluol*, à raison de un à quatre comprimés de 0,10 à 0,20 grammes, le matin à jeûn, les quatre premiers jours de chaque semaine pendant un mois. Le *Sanluol* est particulièrement indiqué pour les malades déprimés.

Un autre produit qui remplace avantageusement les pentavalents en cas d'intolérance, est l'*Yatrène* 105 ou *Mixiod*. Il est très fréquemment employé, sous forme de six à neuf comprimés ou pilules de 25 centigrammes par jour, pendant neuf jours. L'*Yatrène* peut être donné sous forme de lavement, seuls ou associés aux comprimés. Son emploi peut provoquer de la diarrhée évitable par l'adjonction d'une potion opiacée ou d'astringents comme le bismuth, la tannalbine, le tannigène.

Préconisé par DAVID, JOHNSTON, REED et LEAKE, le *Vioform* a été employé contre l'amibiase avec de bons résultats. On donne trois fois par jour une capsule gélatineuse contenant 25 centigrammes.

Le dernier venu des médicaments spécifiques est le *Carbarsone*. Il serait un des amœbicides les plus énergiques, et différents auteurs (REED, ANDERSON, DAVID, LEAKE) le préfèrent même au Stovarsol. On le prend sous forme de capsules gélatineuses de 25 cg., deux fois par jour, pendant six jours. En cas d'insuffisance ou d'infection hépatique, le Carbarsone ne peut pas être employé.

LE TRAITEMENT INTESTINAL NON SPECIFIQUE.

Les crises aiguës.

Pendant les poussées aiguës, on prescrira le repos au lit, des compresses chaudes sur l'abdomen. Le cas échéant, on soutiendra l'état général par des piqûres d'huile camphrée et des tonicardiaques.

La colite chronique.

La colite amibienne étant presque toujours accompagnée de colite para-ou sur-amibienne, on a intérêt de soigner l'intestin malade (comme dans la colite résiduelle post-amibienne) par des pansements rectaux, des lavements mucilagineux au dermatol, au carbonate de bismuth, au novar, au collargol ou de faire des injections de bactériophage.

En cas de constipation, on donnera de l'huile de paraffine, une à trois cuillerées à soupe par jour, ou des mucilages à la même dose. On pourra aussi donner une cuillerée à café d'huile de ricin le matin à jeûn. Le sous-nitrate de bismuth, à la dose de 15 à 20 grammes, protégera les muqueuses et aidera efficacement la cicatrisation. On peut adjoindre, d'autre part, au traitement spécifique, la vaccinothérapie, les rayons infra-rouges, la diathermie, etc...

En cas de diarrhée, on donne le bismuth à petites doses, l'élixir parégorique, le laudanum, le charbon, le carbonate de chaux, des confitures de myrtilles ou de coings. Les vaccins et la physiothérapie compléteront heureusement le traitement.

Les insuffisances hépatiques, les déficiences de l'état général, l'anémie, etc., seront traités par une thérapeutique appropriée.

LE REGIME.

Le régime des colitiques amibiens chroniques est de grande importance. Il variera selon les malades. L'on se basera pour son établissement sur les données coprologiques, la durée du transit colique, l'état du foie, etc. Le régime sera pauvre en déchets et en cellulose. Il ne comportera pas d'aliments longs et difficiles à digérer, ni condiments, ni moutarde, alcool, café, boissons fortes. On proscrira les choux, les épinards, la rhubarbe, les salsifis, champignons, chocolat, etc., etc.

Jean BAUMEL, dans son article sur « l'amibiase intestinale chronique », a établi les régimes qui conviennent aux différentes formes de la maladie et on y trouvera tous les détails nécessaires.

TRAITEMENT HYGIENIQUE.

Les malades étant très sensibles aux variations de température, il faut leur éviter les froids, les hautes altitudes, les climats maritimes. Pour ne pas surmener l'intestin, il faut interdire le tabac, éviter la tachyphagie, les émotions et les soucis.

On conseillera de l'exercice modéré, la gymnastique abdominale, l'hydrothérapie chaude et les frictions alcoolisées.

LE TRAITEMENT THERMAL.

Les cures hydro-minérales, contre-indiquées dans les amibiases aiguës et subaiguës, sont très efficaces dans les formes torpides, blanchies, sans amides, ni kystes. Les stations de Châtelguyon et de Plombières sont particulièrement indiquées. Plombières convient surtout aux douloureux, aux irritables et hypernerveux, tandis que Châtelguyon convient plutôt aux hypofonctionnels, aux simples colitiques, constipés ou diarréiques, aux malades atteints d'insuffisance digestive. Pour améliorer les états hépatiques et urinaires, on pourra ensuite envoyer les malades à Vichy et à Vittel.

PROPHYLAXIE

L'amibiase étant une maladie « des mains sales », la pro- une maladie métropolitaine et même mondiale. RAVAUT a insisté sur le danger de voir s'installer en Europe cette parasitose, si facilement transmissible d'homme à homme, et responsable de désordres graves et persistants dans l'organisme humain. Les ravages que fait l'amibe sur le continent, sont encore limités, mais comme la fièvre ondulante et la tularémie, l'amibiase menace de devenir une maladie de l'avenir. Pour enrayer ce mal et peut-être le chasser d'Europe, il est le devoir de tous les médecins de dépister tous les cas d'amibiase larvée et tous les porteurs de kystes sains. Comme pour la syphilis, dans chaque cas d'amibiase, on doit remonter jusqu'à la source de la contamination, faire des enquêtes soigneuses dans l'entourage des malades pour dépister tous ceux qui pourraient disséminer le mal. Les malades guéris d'une dysenterie aiguë ne doivent pas être abandonnés. Un traitement prolongé doit leur être appliqué pour les complètement débarrasser de leurs germes.

Aux porteurs de germes sains qui refuseraient de se laisser traiter, il faut montrer quel danger social ils constituent et la lourde responsabilité qu'ils prennent sur eux s'ils persistent à disséminer les agents de contamination.

Pour les porteurs sains, LABBÉ conseille un traitement mixte. Une cure émétinienne pendant trois jours, à la dose de 6 à 8 centigrammes par jour, est suivie d'une injection de novarsénobenzol de 20 à 30 centigrammes. Avant d'entreprendre le traitement, on peut réactiver l'amibiase latente à l'aide de lavements au nitrate d'argent au millième, au permanganate de potasse ou à l'eau oxygénée ; puis on appliquera un des traitements de RAVAUT. Il faut suivre ces porteurs de germes et répéter le traitement autant qu'il le faudra pour faire disparaître définitivement les kystes.

L'amibiase étant une maladie des mains sales, la propreté la plus méticuleuse sera recommandée aux amibiens. Les matières fécales seront désinfectées.

La prophylaxie joue un grand rôle dans les pays infestés et dans les contrées menacées. On ne consommera que de l'eau stérilisée, des légumes bouillis, on détruira les mouches. Dans les casernes, les prisons, parmi le personnel des restaurants, etc., etc., une surveillance stricte dépistera et soignera tout individu porteur d'amibes ou de kystes.

PRONOSTIC

La colite est une affection sérieuse, tant par son évolution propre que par les métastases et les complications non amibiennes qu'elle peut causer. Heureusement, nous disposons actuellement d'une gamme de produits pharmaceutiques très actifs convenant aux diverses formes de la maladie et de son agent causal. Par des traitements correctement appliqués, nous sommes en mesure d'améliorer rapidement l'état des malades. Une médication prolongée et régulièrement suivie permet de guérir définitivement la plupart des sujets et de les stériliser de leurs amibes et de leurs kystes.

Cette parasitose, autrefois responsable de tant de cas d'abcès métastatiques, de sténoses, de cachexie et d'autres graves méfaits, est devenue d'un pronostic favorable, à condition d'un diagnostic et d'une thérapeutique précoces et judicieusement appliqués.

CONCLUSION

Nous avons voulu montrer par ce travail qu'à côté des formes aiguës et des formes chroniques bien définies et nettement limitées, il existe des formes atypiques frustes de la dysenterie amibienne dont nous avons réuni un certain nombre de cas. En nous appuyant sur ces observations cliniques, nous avons insisté sur certaines notions qui nous semblent importantes à la fois pour le diagnostic et la thérapeutique.

1. Il existe de nombreux cas de formes inclassables de la colite amibienne chronique à symptomatologie digestive fruste et atypique, formes dont l'origine est souvent méconnue, en raison même de leurs signes cliniques discrets et de l'absence fréquente d'amibes ou de kystes dans les selles.

2. Certains signes importants, quoique non pathognomoniques, peuvent faire soupçonner une colite amibienne.

Ce sont : *Les signes cliniques objectifs et subjectifs suivants :*

Des douleurs du cadre colique à prédominance
gauche,
La congestion douloureuse du foie,
Le météorisme et les borborygmes,
La langue, en général rouge,
La frilosité,
La rachialgie,
La constipation rebelle.

A l'examen radiologique :

Un spasme considérable du côlon gauche.

A l'anamnèse :

Les antécédents pathologiques et géographiques,
La notion d'un séjour aux armées, etc., etc.

Au point de vue diagnostic :

L'échec des traitements habituels,
La nécessité du traitement d'épreuve spécifique dans
les cas douteux, sans examen coprologique, ou
même avec des résultats constamment négatifs de
ce dernier. Ce traitement, au stovarsol et à la pâte
de Ravaut de préférence, doit être prolongé pen-
dant au moins un mois.

3. Un malade reconnu dysentérique ne doit pas être
abandonné après la guérison des accidents aigus, mais doit
être suivi pendant des années, tant pour lui éviter des
rechutes, que pour l'empêcher de disséminer les kystes dan-
gereux dont il est porteur sans s'en rendre compte.

4. Enfin, des mesures sévères individuelles et générales
doivent être prises pour empêcher l'extension de la dysen-
terie amibienne qui tend à devenir une maladie de tous les
continents.

Vu et approuvé :
Le Président de Thèse :
L. CORNIL.

Vu et approuvé :
Le Doyen :
L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 21 Mai 1941
Le Recteur : E. GAU

BIBLIOGRAPHIE

- BAUMEL, JEAN. — « L'amibiase intestinale chronique. Données cliniques, rectoscopiques et thérapeutiques » (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, Paris 1937, Tome 27, N° 8).
- CARLES et BONNIN. — « Colites amibiennes et post-dysentériques » (*Rapport au Congrès des Colites*, Plombières, 1935).
- CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. — « Les colites chroniques » (Paris, 1934).
- CHANTRIOT P. — « Les hémorroïdes, symptômes révélateurs de colite amibienne » (*Congrès des Colites*, Plombières, 1936).
- COUTELEN F. — « Fréquence et importance du parasitisme intestinal au cours de la première enfance » (*Presse Médicale*, 1941, N° 3-4).
- DELACROIX et Georges ROSANOFF. — « De quelques erreurs diagnostiques et thérapeutiques en pathologie gastro-intestinale » (*Monde Médical*, 1936, Paris, N° 877).
- FERROIR, JEAN. — « Les colites amibiennes » (*L'Avenir Médical*, Tome 37, Lyon 1940, N° 10).
- GASSER J. — « Dysenterie » in *Manuel de Médecine par Debove et Achard*, Tome V, Paris, 1895.
- LETULLE, RAYMOND. — « L'utilité de l'examen des selles pour le diagnostic différentiel et le traitement des entérites chroniques de guerre » (*Presse Médicale*, Paris 1940, N° 22-23).
- MARSIAJ et WEINMANN. — « Amibiase intestinale chronique et oxalémie » (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, Paris, 1937).
- MARTIN, PIERRE. — « Les colites amibiennes, les colites à lamblas, les colites à trichocéphales » (Paris, 1936).
- MORENAS, LÉON. — « Colites para et méta-amibiennes » (*Congrès des colites*, Plombières, 1936).
- PORTO, AGENOR. — « Traitement de la colite amibienne » (*Presse Médicale*, Paris, 1940, N° 12).
- RIST. — « Tuberculose pulmonaire, syphilis et amibiase » (*Presse Médicale*, Paris, 1940, N° 93-94).
- TRAN VAN CHI. — « Amibiase intestinale chronique » (*Thèse de Montpellier*, 1937).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11
ETIOLOGIE	13
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	16
ETUDE CLINIQUE	19
La dysenterie amibienne aiguë.	
L'amibiase larvée ou colite chronique secondaire.	
La colite amibienne chronique primaire autochtone.	
Les formes cliniques.	
Les complications.	
Les séquelles.	
Conclusion.	
DIAGNOSTIC	34
TRAITEMENT	45
PROPHYLAXIE	52
PRONOSTIC	54
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	57

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
